

[中文](#)[Melayu](#)[தமிழ்](#)MINISTRY OF HEALTH
SINGAPORELETTER OF CONSENT AND AUTHORISATION FOR
COVID-19 VACCINATION

Instructions: This letter is to be completed and signed by the parent/legal guardian of the child/ward, who is giving consent for his/her child/ward to receive COVID-19 vaccination. Please provide this letter, duly signed, and completed, during your child/ward's vaccination appointment, for verification. To ensure that vaccination for the child/ward may proceed, the parent/legal guardian must be contactable by the vaccination site staff during his/her child/ward's vaccination appointment should there be any queries. For children aged 12 and below, they must be accompanied by a parent/guardian/proxy during the vaccination appointments.

Please tick as applicable:

- ☐ I am providing consent for my child/ward's **primary** series vaccination.
- ☐ I am providing consent for my child/ward's **booster** vaccination.

1. I, _____, _____, am the
(Name) (NRIC/FIN/Passport Number)

parent/legal guardian of _____
(please delete as applicable) (Name of Child) (Birth Cert/Identification No.)

2. I refer to the Vaccination Information Sheet made available for review below providing important information on the COVID-19 vaccine, which I have read and fully understood.
3. I consent for my child/ward to receive the **primary/booster** (please delete as applicable) dose(s) of the COVID-19 vaccine, in Singapore. I understand and agree that there are possible risks and side-effects to the COVID-19 vaccination. I have reviewed the screening questions at Part B of the COVID-19 Vaccination Form 1 made available for review below and am satisfied that my child/ward is eligible for the COVID19 vaccination.
4. (To be completed if applicable) I also hereby authorise _____,
(Name of Local Proxy)

_____, (H/P: +65 _____),
(NRIC/FIN/Passport Number) (Proxy's Local Contact No.)

to arrange for my child/ward's COVID-19 vaccination appointment on my behalf, and to accompany my child/ward for the vaccination appointment. I understand that I must be contactable by the vaccination site staff during my child/ward's vaccination appointment should there be any queries or other need to contact me. In the event that I am uncontactable, I acknowledge that my child/ward will be unable to proceed with the vaccination.

Signature of Parent/Legal Guardian
(Please delete as applicable)

Date

Information for Reference:

For Parents/Guardians of children aged 6 months to 17 years, please refer to the Pfizer-BioNTech/Comirnaty Vaccination Information Sheet and COVID-19 Vaccination Form 1 here:

<https://go.gov.sg/visp>

For Parents/Guardians of children aged 6 months to 17 years, please refer to the Moderna/Spikevax Vaccination Information Sheet and COVID-19 Vaccination Form 1 here:

<https://go.gov.sg/vism>

For Parents/Guardians of children aged 12 to 17 years, please refer to the Novavax/Nuvaxovid Vaccination Information Sheet and COVID-19 Vaccination Form 1 here:

<https://go.gov.sg/visn>

2019 冠病疫苗接种 同意及授权书

指示：这份同意及授权书应由同意孩子/所监护的孩子接种 2019 冠病疫苗的家长/合法监护人填妥并签署。请让您的孩子/所监护的孩子在前往接种疫苗时，向疫苗接种中心工作人员出示这份已填妥和签署的同意及授权书，供工作人员核查。孩子/所监护的孩子在接种疫苗时，工作人员若有任何疑问，必须能联系上家长/合法监护人，以确保疫苗接种顺利进行。12 岁及以下的孩童在前往接种疫苗时，必须在家长/监护人/代理人的陪同下，才能接种疫苗。

请在适用的选项打勾：

- ☐ 我同意让我的孩子/所监护的孩子完成主要疫苗接种程序。
☐ 我同意让我的孩子/所监护的孩子接种疫苗追加剂。

1. 本人， _____ ， _____ ， 为
(姓名) (身份证/外国身份证/护照号码)

(孩子姓名) ， _____ 的家长/合法监护人。
(出生证/身份证号码) (请删除不适用者)
2. 我已通过以下网址阅读并完全理解 2019 冠病疫苗接种须知，以及其中关于 2019 冠病疫苗的重要资讯。
3. 我同意让孩子/所监护的孩子在新加坡完成 2019 冠病疫苗的主要接种程序/追加剂（请删除不适用者）。我理解并同意接种 2019 冠病疫苗可能会有风险，也可能产生副作用。我已通过以下网址细读 2019 冠病疫苗接种表格 1 当中，列于 B 部分的筛查问题，并清楚我的孩子/所监护的孩子符合接种 2019 冠病疫苗的条件。
4. （如果适用，请填妥资料）我也谨此授权 _____ ，
(代理人姓名)
_____ ， (H/P: +65 _____)，
(身份证/外国身份证/护照号码) (代理人的本地联络号码)

代我安排孩子/所监护的孩子预约接种冠病疫苗，并陪同孩子/所监护的孩子前往接种疫苗。我明白我的孩子/所监护的孩子在接种疫苗时，疫苗接种中心工作人员若有任何疑问或其他需要，必须能与我取得联系。我明白如果工作人员无法联系我，孩子/所监护的孩子将不能接种疫苗。

家长/合法监护人签名
(请删除不适用者)

日期

参考资料:

6 个月至 17 岁子女的父母/监护人:辉瑞 - BIONTECH/COMIRNATY (PFIZER - BIONTECH/COMIRNATY) 2019 冠病疫苗须知和 2019 冠病疫苗接种表格 1 的详情, 请浏览
<https://go.gov.sg/visp>

6 个月至 17 岁子女的父母/监护人:莫德纳 (MODERNA/SPIKEVAX 2019) 冠病疫苗须知和 2019 冠病疫苗接种表格 1 的详情, 请浏览
<https://go.gov.sg/vism>

12 至 17 岁子女的父母、临护人: 诺瓦瓦克斯 (NOVAVAX) / NUVAXOVID 2019 冠病疫苗须知和 2019 冠病疫苗接种表格 1 的详情, 请浏览
<https://go.gov.sg/visn>

SURAT PERSETUJUAN DAN KEIZINAN BAGI VAKSINASI COVID-19

Arahan: Surat ini harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh ibu bapa/penjaga yang sah kepada anak/anak jagaan yang diizinkan menerima vaksinasi COVID-19. Sila bawa surat ini, yang sudah ditandatangani dan diisi dengan lengkap, semasa temujanji vaksinasi anak/anak jagaan anda untuk pengesahan. Bagi memastikan bahawa vaksinasi untuk anak/anak jagaan dapat diteruskan, ibu bapa/penjaga yang sah harus memastikan mereka boleh dihubungi oleh kakitangan vaksinasi semasa temujanji vaksinasi anak/anak jagaan, untuk sebarang pertanyaan atau keperluan. Kanak-kanak yang berusia 12 tahun dan ke bawah, mesti ditemani oleh ibu bapa/penjaga yang sah/wakil semasa temujanji vaksinasi.

Sila tandakan yang mana berkenaan:

- ☐ Saya memberikan keizinan bagi vaksinasi utama anak/anak jagaan saya.
- ☐ Saya memberikan keizinan bagi vaksinasi penggalak anak/anak jagaan saya.

1. Saya, _____, _____, adalah
(Nama) (Nombor NRIC/FIN/Pasport)

ibu bapa/penjaga yang sah kepada _____,
(sila padamkan yang mana berkenaan) (Nama Anak) (nombor sijil lahir/pengenalan)

2. Saya merujuk kepada Kertas Maklumat Vaksinasi, yang mengandungi maklumat penting mengenai vaksin COVID-19, yang disediakan di bawah untuk semakan, saya mengesahkan bahawa saya telah membacanya dan memahaminya dengan sepenuhnya.
3. Saya mengizinkan anak/anak jagaan saya menerima dos utama / penggalak (sila padamkan yang mana berkenaan) vaksin COVID-19, di Singapura. Saya faham dan bersetuju bahawa terdapat kemungkinan risiko dan kesan-kesan sampingan disebabkan vaksinasi COVID-19. Saya telah menyemak soalan-soalan saringan di Bahagian B bagi Borang 1 Vaksinasi COVID-19 yang disediakan dan saya berpuas hati bahawa anak/anak jagaan saya layak untuk vaksinasi COVID-19.
4. (Untuk dilengkapkan jika berkenaan) Saya juga dengan ini mengizinkan _____,
(Nama wakil setempat)
- _____, Telefon bimbit: +65 _____,
(Nombor NRIC/FIN/Pasport) (Nombor telefon wakil setempat)

mengaturkan temujanji vaksinasi COVID-19 anak/anak jagaan saya bagi pihak saya, dan menemani anak/anak jagaan saya untuk temujanji vaksinasi. Saya faham bahawa saya mesti memastikan bahawa saya boleh dihubungi oleh kakitangan vaksinasi semasa temujanji vaksinasi anak/anak jagaan saya sekiranya ada sebarang pertanyaan atau keperluan. Sekiranya saya tidak dapat dihubungi, saya mengakui bahawa anak/anak jagaan saya tidak akan dapat meneruskan vaksinasi

Tandatangan Ibu bapa/ Penjaga yang Sah
(sila padamkan yang mana berkenaan)

Tarikh

Maklumat untuk Rujukan:

Bagi Ibu Bapa/Penjaga kanak-kanak berumur 6 bulan hingga 17 tahun, sila rujuk Kertas Maklumat Pemvaksin Pfizer-BioNTech/Comirnaty dan Borang 1 Vaksinasi COVID-19 di <https://go.gov.sg/visp>

Bagi Ibu Bapa/Penjaga kanak-kanak berumur 6 bulan hingga 17 tahun, sila rujuk Kertas Maklumat Pemvaksin Moderna/Spikevax dan Borang 1 Vaksinasi COVID-19 di <https://go.gov.sg/vism>

Bagi Ibu Bapa/Peniaga kanak-kanak berumur 12 hingga 17 tahun, sila rujuk Kertas Maklumat Pemvaksin Novavax/Nuvaxovid dan Borang 1 Vaksinasi COVID-19 di <https://go.gov.sg/visn>

கொவிட்-19 தடுப்பூசிக்கான ஒப்புதல், அதிகாரமளிப்புக் கடிதம்

அறிவுறுத்தல்கள்: இந்தக் கடிதம் தமது பிள்ளைக்கு/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளைக்கு கொவிட்-19 தடுப்பூசி போடுவதற்கு ஒப்புதல் அளிக்கும் பெற்றோரால்/சட்டபூர்வக் காப்பாளரால் நிரப்பப்பட்டுக் கையெழுத்திடப்படவேண்டும். சரிபார்ப்புக்காக, கையெழுத்திடப்பட்டு, நிரப்பப்பட்ட இந்தக் கடிதத்தை உங்கள் பிள்ளை/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளை தடுப்பூசி போடும் நாளன்று அன்புகூர்ந்து காண்பியுங்கள். பிள்ளைக்கு/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளைக்குத் தடுப்பூசி போடுவதற்கு முன்னால், தடுப்பூசி நிலைய அதிகாரிகளுக்குக் கேள்விகள் ஏதேனும் இருந்தால், பெற்றோரை/சட்டபூர்வக் காப்பாளரைத் தடுப்பூசி நிலைய அதிகாரிகள் தொடர்புகொள்ள இயலவேண்டும். 12 வயது அல்லது அதற்கும் குறைவான வயதுடைய பிள்ளைகளைப் பொறுத்தவரை, தடுப்பூசி போடும் நாளன்று, பெற்றோர்/சட்டபூர்வக் காப்பாளர் அவர்களுடன் செல்லவேண்டும்.

அன்புகூர்ந்து பொருத்தமுள்ளதைக் குறியிடவும்.

☐ என் பிள்ளைக்காக/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளைக்காக கொரொனாவிற்கான அடிப்படை தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ள நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

☐ என் பிள்ளைக்காக/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளைக்காக கூடுதல் (Booster) தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ள நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

1. நான், _____, _____,
(பெயர்) (அடையாள அட்டை
எண்/வெளிநாட்டு அடையாள
எண்/கடப்பிதழ் எண்)
என்பவரின் பெற்றோர்
/சட்டபூர்வக் காப்பாளர்.
_____, _____
(பிள்ளையின் பெயர்) (பிறப்புச் சான்றிதழ்/அடையாள
அட்டை எண்) (பொருத்தமில்லாதவற்றை
நீக்கவும்).

2. நான் கவனத்தில் கொள்ளவேண்டிய கீழ்க்காணும் தடுப்பூசித் தகவல் குறிப்பில் உள்ள கொவிட்-19 தடுப்பூசி தொடர்பான முக்கிய விவரங்களை முழுமையாகப் படித்துப் புரிந்துகொண்டுள்ளேன்.

3. எனது பிள்ளை/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளை சிங்கப்பூரில் கொரொனாவிற்கான அடிப்படை/கூடுதல் (booster) (பொருத்தமில்லாதவற்றை நீக்கவும்) தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்வதற்கு ஒப்புதல் அளிக்கிறேன். கொவிட்-19 தடுப்பூசியால் ஆபத்துகளும் பக்கவிளைவுகளும் ஏற்படலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டு இதற்குச் சம்மதிக்கிறேன். எனது பரிசீலனைக்காகக் கொடுக்கப்பட்டுள்ள கொவிட்-19 தடுப்பூசிப் படிவம் 1, பகுதி B-இல் உள்ள பரிசோதனைக்கான கேள்விகளை நான் கவனத்தில் கொண்டுள்ளேன். எனது பிள்ளை/பொறுப்பில்

உள்ள பிள்ளை கொவிட்-19 தடுப்பூசிக்குத் தகுதிபெறுகிறார் என்பதில் எனக்குச் சந்தேகமில்லை.

4. (தேவைப்பட்டால் நிரப்பவும்) நான் _____ ,

(உள்ளூர்ப் பிரதிநிதியின் பெயர்)

(கைத்தொலை

, பேசி எண்: +65 _____),

(அடையாள அட்டை எண்/வெளிநாட்டு அடையாள
எண்/கடப்பிதழ் எண்)

(பிரதிநிதியின் உள்ளூர்த்
தொடர்பு எண்)

என்பவரை என் சார்பில் எனது பிள்ளைக்கு/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளைக்கு கொவிட்-19க்கு எதிரான தடுப்பூசியைப் போடுவதற்கு ஏற்பாடு செய்ய அனுமதிக்கிறேன் என்பதுடன் தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ளும் நாளன்று என் பிள்ளை/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளையுடன் கூடவே செல்லவும் அனுமதியளிக்கிறேன். என் பிள்ளை/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளைக்குத் தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ளும் நாளன்று, ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் அல்லது என்னைத் தொடர்புகொள்ள மற்ற தேவைகள் இருந்தால், நான் தொடர்பில் இருக்கவேண்டும் என்பதைப் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். என்னுடன் தொடர்புகொள்ள இயலாத நிலை ஏற்பட்டால், என் பிள்ளை/பொறுப்பில் உள்ள பிள்ளை தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ள முடியாது என்பதை நான் ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.

பெற்றோரின்/சட்டபூர்வ

காப்பாளரின் கையொப்பம்

(அன்பு கூர்ந்து, பொருத்தமில்லாததை நீக்கவும்)

தேதி

மேல் விவரங்களுக்கு:

6 மாதங்கள் முதல் 17 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் பெற்றோர்/சட்டபூர்வக் காப்பாளர், ஃபைசர்-பையோண்டெக்/Comirnaty தடுப்பூசி தகவல் தாள் மற்றும் கோவிட் -19 தடுப்பூசி படிவம் 1 ஆகியவற்றை பின்வரும் இணையப்பக்கத்தில் பார்க்கவும்: <https://go.gov.sg/visp>

6 மாதங்கள் முதல் 17 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் பெற்றோர்/சட்டபூர்வக் காப்பாளர், மொடர்னா/ஸ்பைக்வேக்ஸ் தடுப்பூசி தகவல் தாள் மற்றும் கோவிட் -19 தடுப்பூசி படிவம் 1 ஆகியவற்றை பின்வரும் இணையப்பக்கத்தில் பார்க்கவும்: <https://go.gov.sg/vism>

12 முதல் 17 வயதிற்குட்பட்ட பிள்ளைகளின் பெற்றோர்/சட்டபூர்வக் காப்பாளர், நோவாவெக்ஸ் / NuvaXovid தடுப்பூசி தகவல் தாள் மற்றும் கோவிட் -19 தடுப்பூசி படிவம் 1 ஆகியவற்றை பின்வரும் இணையப்பக்கத்தில் பார்க்கவும்: <https://go.gov.sg/visn>